Mercado de Seguros Médicos

Instrucciones para ayudarle a completar el formulario de Solicitud de Registro de Apelación

Formulario Aprovado
OMB No. 0938-1213

Cómo presentar esta solicitud para un registro de apelación

Envíe el formulario completado a:

Centro de Apelaciones del Mercado de Seguros Médicos
P.O. Box 311
Pittston, PA 18640

También puede enviar el formulario por fax a la línea segura de fax al **1-877-369-0129**.

Ayuda Adicional

Servicios de Ayuda de Idioma
Si necesita ayuda de idioma en un idioma que no sea el inglés, tiene derecho a recibir ayuda e información en su idioma sin costo alguno. Comuníquese con el Centro de Llamadas del Mercado al **1-800-318-2596**.

Accesibilidad
Para solicitar este formulario en un formato alternativo como Braille, letra grande, CD de datos, CD de audio, o para solicitar un lector cualificado, puede llamar al 1-844-ALT-FORM (1-844-258-3676). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-844-716-3676. También puede realizar una solicitud mediante el envío de un fax al 1-844-530-3676, un correo electrónico a **AltFormatRequest@cms.hhs.gov**, o una carta a las oficinas de las audiencias e investigaciones (OHI), Attn: CMS alternativo formato de equipo, 7500 Security boulevard, mail Stop S1-13-25, Baltimore, MD 21244-1850. Los arreglos razonables están disponibles y ofrecidos sin costo alguno para usted.

Para enviar su solicitud de un registro de recurso, consulte arriba “Cómo presentar esta solicitud”. Si lo envía a la dirección del Equipo de Formato Alternativo, es posible que tenga un retraso en el procesamiento de su solicitud de un registro de apelación.

Declaración del Acta de Privacidad
El Mercado protege la privacidad y la seguridad de la información acerca de usted que ha proporcionado. Para examinar la Declaración del Acta de Privacidad, visite **CuidadoDeSalud.gov/individual-privacy-act-statement/**. Estamos autorizados a recolectar la información de este formulario y la documentación de apoyo que pueda haber, incluyendo números del Seguro Social, bajo la Ley de Protección al Paciente y Atención Médica Asequible (Ley Pública No. 111–148), según la ha enmendado el Acta de Reconciliación de Atención Médica y Educación de 2010 (Ley Pública No. 111–152), implementando las normas de 45 CFR parte 155, subparte F, y el Acta del Seguro Social. Para mayor información acerca de la privacidad y seguridad de su información, visite **CuidadoDeSalud.gov/privacy/**.

No discriminación
El Mercado de Seguros Médicos no excluye, niega beneficios a, o de otra manera discrimina contra cualquier persona por motivos de raza, color, origen nacional, incapacidad, sexo o edad. Si piensa que ha sido discriminado o tratado injustamente por cualquiera de estas razones, puede presentar una queja ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos, Oficina de Derechos Civiles: llamando al 1-800-368-1019 (TTY: 1 -800-537-7697), visitando **hhs.gov/ocr/civilrights/complaints**, o escribiéndole a la Oficina de Derechos Civiles, Departamento de Salud y Servicios Humanos, 200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201.

Declaración de Divulgación de PRA
Según el Acta de Reducción de Documentación de Papel (PRA) de 1995, a nadie se le requiere que responda a una recolección de información a menos que exhiba un número de control OMB válido. El número de control OMB válido para esta recolección de información es 0938-1213. Se estima que el tiempo necesario para completar esta recolección de información es de un promedio de 1 hora por respuesta, incluyendo el tiempo necesario para examinar las instrucciones, buscar fuentes de datos existentes, recolectar los datos necesarios, y completar y revisar la recolección de información. Si tiene comentarios con respecto a la exactitud de las estimaciones de tiempo o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

Solicitud de Registro de Apelación

Formulario Aprovado
OMB No. 0938-1213
SOLICITUD DE REGISTRO DE APELACIÓN

Ingrese su información directamente, luego imprima y firme su formulario completado. O imprima el formulario en blanco y complételo usando tinta negra o azul. Use letras mayúsculas y complete los círculos como este (◯) → ●.

SECCIÓN 1: Ingrese la información de la persona que está apelando una decisión del Mercado (también llamado el "apelante").

Primer nombre

Segundo nombre

Apellido

Fecha de Nacimiento (mm/dd/año) / /

Número de Identificación del Caso de Apelación # (si tiene uno)

APL-

SECCIÓN 2: Díganos dónde le enviaremos el registro de apelación de la persona en la Sección 1. **NOTA:** Ingrese una dirección residencial solamente. No podemos enviar el registro de apelación a un P.O. box.

Primer nombre

Segundo nombre

Apellido

Dirección residencial

Número de apartamento o suite

Ciudad

Estado

Código postal

Relación con la persona en la Sección 1.

- ◯ Usted mismo
- ◯ Representante Autorizado designado por esta persona y confirmado por el Mercado de seguros.
- ◯ Poder notarial con autoridad para recibir registro de la apelación de esta persona
- ◯ Tutor legal con la autoridad para recibir el registro de apelación de esta persona.

SECCIÓN 3: Firma

Certifico que soy el apelante cuyos registros están siendo solicitados. Estos registros pueden incluir registros médicos y otra información confidencial, como impuestos federales y/o información sobre los beneficios del Seguro Social.

O, soy el representante autorizado, tengo un poder legal o tutela legal, según se indica en la Sección 2.

Entiendo que una solicitud, intencional y deliberada o adquisición de los registros relativos a un individuo de manera fraudulenta es un delito en virtud de la Ley de Privacidad sujetos a una multa de $5,000, 45 CFR 5b.5(b(2(ii), y puede violar las leyes adicionales y estar sujeto a otras sanciones.

Nombre en letras de imprenta (Primer nombre, Segundo nombre, Apellido)

Firma

Fecha (mm/dd/año) / /